FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 283.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 26 décembre 1857,

Par A.-N. DELAIRE,
né à Villers-l'Hôpital (Pas-de-Calais).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE LA RÉGION SCROTALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1857

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU, Président. LAUGIER. NÉLATON, Examinateur. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BARTH, Examinateur.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GOSSELIN, Examinateur.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
JARJAVAY.

MM. LASÈGUE.
LECONTE.
ORFILA.
PAJOT.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VERNEUIL.
VIGLA.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

Amour, dévouement.

A M. LE SÉNATEUR

ÉLIE DE BEAUMONT.

A M. GUSTAVE ROULAND.

Témoignage de gratitude.

A M. GAMBIER,
Propriétaire à Napoléon-Saint-Leu-Taverny.

À M. MARTEL
(Boulogne-sur-Mer).

Attachement inviolable.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

TUMEURS DE LA RÉGION SCROTALE.

La structure anatomique de la région scrotale est très-compliquée, aussi ne devons-nous pas être surpris de la multitude d'affections dont elle peut être le siége; mais, obligé de restreindre notre sujet, nous ne nous arrêterons guère qu'à celles de ces affections qui sont propres à la région ou qui reçoivent de son organisation un cachet particulier.

A l'exemple d'A. Bérard, dans sa thèse sur le diagnostic différentiel des maladies du sein, nous donnerons un aperçu succinct des symptômes de chaque tumeur, afin d'en mieux faire ressortir le diagnostic différentiel.

Il me semble important de diviser ces tumeurs en deux groupes: tumeurs réductibles et tumeurs irréductibles.

Tumeurs réductibles.

I. Hernies. — *Symptômes.* La tumeur herniaire est indolente, piriforme, sans changement de couleur à la peau, augmentant par les efforts. La hernie ordinaire s'arrête presque toujours au niveau de l'union du cordon avec le testicule, souvent elle est séparée de la glande par une sorte de collet; ordinairement il est facile de suivre le viscère hernié jusqu'à l'anneau, et même dans l'intérieur du canal inguinal.

Dans la hernie congénitale, les organes formant hernie sont contenus dans la tunique vaginale elle-même, le testicnle est refoulé en haut et en arrière.

Si on a affaire à un épiplocèle, la tumeur est molle, pâteuse; elle se réduit peu à peu et sans gargouillement; son volume, sa consistance, varient peu, d'un instant à l'autre. Le malade sent des tiraillements quand il se redresse.

L'entérocèle provoque de temps en temps des coliques, des nausées, voire même des vomissements; des borborygmes s'étendent dans la tumeur, où l'on peut voir et sentir le mouvement des gaz; son volume augmente alors, ainsi que dans la digestion. Cette hernie est facile à réduire, la congénitale plus que la hernie ordinaire; la réduction se fait en bloc et avec gargouillement.

Quelquefois les intestins sont contenus dans le sac vaginal distendu par du liquide, le testicule occupant encore le canal inguinal; cette disposition, qu'a signalée Dupuytren, peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

II. Hydrocèle. — L'hydrocèle congénitale et l'hydrocèle diffuse du cordon sont seules réductibles; mais, pour ne pas scinder le sujet, je crois convenable de traiter ici également des autres variétés. Je commence par la plus commune.

§ 1er. *Hydrocèle vaginale. — Symptômes.* L'hydrocèle simple est constituée par une tumeur élastique, ovale ou piriforme, fluctuante, à surface lisse et unie; elle commence par la partie inférieure du scrotum, et augmente peu à peu, sans causer de douleur. A sa partie postérieure, est un point ferme et solide, c'est le testicule; la pression y détermine la sensation particulière que développe la compression de l'organe.

Dans le cas d'inversion du testicule, les rapports sont changés. Cette tumeur est mobile, irréductible; elle est transparente.

Dans une leçon clinique du mois de février, M. Nélaton nous en-

tretint d'un cas d'hydrocèle qu'un confrère lui adressait. Par suite d'une inversion du testicule, ce praticien, qui avait d'abord cru à une hydrocèle, avait, à plusieurs reprises, ponctionné la glande, et comme il n'était pas sorti de sérosité, il admit alors une tumeur solide de mauvaise nature. (Depuis cinq ans, M. Velpeau cite souvent un cas semblable; il y a du reste trente ans que l'éminent professeur insiste sur ces inversions testiculaires.) A cette occasion, M. Nélaton insista sur les précautions à prendre pour bien constater la transparence d'une hydrocèle. D'abord il faut chercher l'obscurité; puis isoler la tumeur, l'énucléer, pour ainsi dire, en la saisissant près de l'anneau, et la poussant en avant, de manière à l'éloigner le plus possible des autres parties du corps; de cette manière, les rides du scrotum disparaissent, et la peau, en se tendant, diminue d'épaisseur; on peut alors constater facilement la transparence, en plaçant une lumière à 2 ou 3 centimètres de la tumeur, sur son axe transversal, de manière que les rayons lumineux la traversent sans se réfléchir.

M. Curling (avant lui les chirurgiens français) conseille l'emploi du stéthoscope pour obtenir la transparence dans les cas difficiles.

Nous avons dit que la forme de la tumeur était ovoïde ou piriforme; mais quelquefois, et particulièrement chez les enfants, la tunique vaginale se continue le long du cordon, et alors la tumeur de l'hydrocèle affecte la forme pyramidale; parfois un resserrement circulaire lui donne la forme d'un sablier.

Curling admet, et M. Gosselin a constaté, qu'une hydrocèle peut varier de volume, être, par exemple, plus grosse et plus volumineuse le soir que le matin au sortir du lit.

Diagnostic. Ordinairement très-facile. On ne peut guère la confondre qu'avec une hernie; or elle en diffère par les caractères suivants : elle commence par la partie la plus déclive du scrotum, le cordon spermatique s'isole manifestement au-dessus de la tumeur, le testicule ne peut être embrassé par les doigts. Elle ne reçoit pas

d'impulsion par la toux, et n'est pas sujette aux variations de volume qu'on remarque dans la hernie.

La confusion avec le cancer n'est possible que quand la tunique vaginale est épaissie, mais il y a peu d'hydrocèles dans lesquelles la transparence n'ait pu être constatée par l'exploration au stéthoscope.

On donne encore, comme caractère différentiel, le poids moindre de la tumeur de l'hydrocèle. Voici comment s'est exprimé M. Nélaton, dans sa leçon clinique précitée, au sujet de cet élément de diagnostic : « Il ne faut pas s'y tromper, la différence du poids spécifique du liquide de l'hydrocèle et des matières qui constituent les autres affections du testicule est presque insignifiante. » Alors l'illustre professeur nous a rapporté les chiffres qu'il a obtenus en comparant le poids des tumeurs de diverse nature au poids d'un même volume d'eau : « C'est là, continue-t-il, un de ces signes qui ont été inventés dans le cabinet, et qui ne se sont transmis jusqu'à nous que parce que personne n'a songé à en vérifier l'exactitude. »

En outre, dans le sarcocèle, la surface de la tumeur est inégale et la désorganisation du testicule a entraîné la perte de sa sensibilité spéciale ; la ponction exploratrice lèvera d'ailleurs tous les doutes.

Quand il y a épaississement cartilagineux de la tunique vaginale, grande est alors la difficulté du diagnostic. Dans ce cas, Dupuytren lui-même avait recours à la ponction exploratrice ; toutefois M. Gosselin enseigne que dans l'hydrocèle avec épaississement on sent la dureté très-superficiellement, en quelque point qu'on explore ; dans les tumeurs cancéreuses ou autres, la dureté est également superficielle en arrière, mais, en avant et sur les côtés, on ne la rencontre qu'après avoir déplacé un peu de liquide ou refoulé une couche de parties molles assez épaisse.

§ 2. *Hydrocèle congénitale.* — *Symptômes.* Aux caractères de l'hydrocèle simple, je dois ajouter, pour l'hydrocèle congénitale,

qu'elle apparaît peu de temps après la naissance, se prolonge dans le canal inguinal, reçoit une impulsion quand l'enfant tousse ou fait effort; elle est réductible et plus volumineuse le soir que le matin au lever. M. J. Cloquet fait remarquer une sensation particulière de frôlement, au moment où on fait rentrer le liquide dans le ventre.

Diagnostic. Trois caractères principaux la distinguent de l'hydrocèle ordinaire : la tumeur n'est pas bien délimitée à sa partie supérieure, la toux lui communique une impulsion, elle est réductible.

Une hernie intestinale réductible, qui elle aussi disparaît par la pression et reçoit une impulsion par la toux, pourrait être confondue avec l'hydrocèle congénitale; mais, dans celle-ci, nous avons de la fluctuation et de la transparence, d'une part, et, d'autre part, absence de gargouillement accompagnant la réduction, qui se fait en bloc dans la première.

§ 3. *Hydrocèle enkystée du testicule* (Curling), *hydrocèle spermatique* (Sédillot), *kystes du testicule* (Gosselin). — Dans cette variété d'hydrocèle, le liquide est contenu dans des kystes de nouvelle formation, situés en dehors de la tunique vaginale. M. Gosselin les divise en *petits* et en *grands kystes*. Les premiers occupent habituellement la face postéro-supérieure de l'épididyme et ne contiennent jamais de spermatozoaires; les seconds prennent naissance sur la face antéro-inférieure du même organe, entre les deux feuillets de la séreuse; ils ne résultent pas de l'accroissement des petits. Parmi les grands kystes, les uns contiennent un liquide citrin, sans spermatozoaires; les autres, un liquide opalin rempli de ces animalcules.

Symptômes. La tumeur est très-petite d'abord et indolente; elle s'accroît peu à peu. Telle est la forme qu'elle donne à l'organe, quand elle est un peu développée, qu'on le croirait double; la tumeur pa-

thologique en est distincte et placée au-dessus de lui immédiatement. Le palper et la pression, à la douleur caractéristique qu'ils déterminent, font reconnaître la glande; la fluctuation et la transparence décèlent la tumeur kystique.

Diagnostic. On distinguera l'hydrocèle enkystée du testicule et de l'épididyme, de l'hydrocèle ordinaire, en ce que le testicule n'est pas entouré de tous côtés, et se trouve très-distinct au-dessous de la tumeur, qui le coiffe; en outre, elle est rarement assez développée pour simuler l'hydrocèle vaginale.

§ *4. Hydrocèle diffuse du cordon.* — Pott (*Treatise on hydrocele*) et Scarpa (*Memoria sull' idrocele del cordone spermatico*) l'ont particulièrement décrite; Bertrandi en a disséqué une contenant 600 gr. de liquide.

Cette affection n'est autre chose qu'un œdème du tissu cellulaire du cordon, circonscrit par la gaîne fibreuse que recouvre le muscle crémaster.

Symptômes. Pott, sous le nom d'*hydrocèle des cellules de la tunique commune,* en a donné une description très-exacte : « Le scrotum, dit-il, a un aspect parfaitement normal, si ce n'est que dans les moments où la peau n'est pas ridée, il semble plus plein et descend un peu plus bas que celui du côté sain, et que soulevé dans la main, il paraît plus pesant. On peut sentir distinctement au-dessous de cette tumeur le testicule et l'épididyme, qui ne sont aucunement modifiés. Le cordon spermatique est beaucoup plus volumineux qu'il ne devrait l'être, et ressemble à une varice ou à une hernie épiploïque, suivant que la tumeur est plus ou moins volumineuse; sa forme est pyramidale, elle est plus large en bas qu'en haut, et semble disparaître peu à peu ou remonter, sous l'influence d'une pression douce et continue; mais elle redescend immédiatement quand on cesse la pression, et cela aussi librement dans la position hori-

zontale que dans la station verticale. Elle s'accompagne de très-peu de douleur ou de malaise, et ce malaise est ressenti non plus dans les bourses, où se trouve la tumeur, mais dans les reins. Si l'infiltration est limitée à la portion extra-abdominale du cordon spermatique, l'anneau inguinal externe n'est nullement dilaté, et l'on peut sentir distinctement le cordon qui le traverse ; mais, si la couche celluleuse qui enveloppe les vaisseaux spermatiques dans la paroi abdominale est affectée, l'anneau est élargi, la membrane qui le traverse est distendue, volumineuse, et donne au toucher une sensation assez analogue à celle d'une hernie épiploïque. »

Diagnostic. Elle peut être confondue : 1° avec une hernie épiploïque. Scarpa fait observer que l'hydrocèle diffuse, quand elle pénètre dans l'anneau, ressemble tellement à une hernie épiploïque, qu'il est très-difficile de distinguer les deux maladies. Ces deux tumeurs sont cylindriques et s'étalent dans l'anneau ; même consistance, même degré de sensibilité, même difficulté de réduction.

Pott enseigne que l'épiploon réduit reste dans la cavité abdominale, jusqu'à ce que le malade reprenne une position verticale ; dans l'hydrocèle diffuse, au contraire, la tumeur redescend immédiatement. Il faut ajouter que l'hydrocèle est plus volumineuse en bas qu'en haut, qu'elle ne reçoit pas d'impulsion par la toux ; que l'épiplocèle est plus ferme, plus irrégulier à sa surface.

2° Avec l'hydrocèle enkystée du cordon ; nous en donnerons le diagnostic différentiel tout à l'heure.

La possibilité de sentir le testicule distingue l'hydrocèle diffuse du cordon de l'hydrocèle simple.

§ 5. *Hydrocèle enkystée du cordon.* — C'est un kyste, à contenu liquide, développé dans le tissu cellulaire du cordon.

Symptômes. Sur le trajet du cordon spermatique, il existe une tumeur ovale, bien circonscrite, et distincte du testicule ; elle est

lisse et tendue, manifestement fluctuante; elle est indolente à la pression, plus ou moins transparente et parfaitement mobile; on peut habituellement sentir les vaisseaux spermatiques à la partie postérieure du kyste. C'est une affection qui survient ordinairement chez les enfants.

Diagnostic. On ne peut pas confondre l'hydrocèle enkystée du cordon avec l'hydrocèle vaginale, mais il est quelquefois difficile de la distinguer de l'hydrocèle enkystée du testicule, quand, par suite de son grand volume, elle enveloppe plus ou moins cette glande; mais le signe caractéristique, c'est qu'on parvient toujours à isoler le testicule de la tumeur.

La forme pyramidale et un peu diffuse de la tumeur qui s'étend jusqu'à l'anneau, l'altération de forme à la pression, l'absence de fluctuation et de délimitation, différencient l'hydrocèle diffuse du cordon de l'hydrocèle enkystée.

L'hydrocèle enkystée diffère de la hernie inguinale par son volume uniforme, par la circonscription exacte de la tumeur, qui ne s'étend pas jusqu'à l'anneau, par sa transparence, sa grande mobilité, le défaut d'impulsion par la toux, l'absence de gargouillement, etc. Si l'hydrocèle siége près de l'anneau, il y a toujours facilité de sentir le cordon; siége-t-elle dans l'anneau ou le canal inguinal, le diagnostic est difficile; cependant alors on ne peut faire entrer la tumeur entièrement dans le ventre, comme dans le cas de hernie.

§ 6. *Hydrocèle du sac herniaire.* — Quelquefois un sac herniaire s'oblitère, à son collet, par un mécanisme sur lequel je ne puis pas m'étendre ici; il en résulte une cavité close, qui peut devenir le siége d'une hydrocèle. Cette variété est rare.

La transparence de la tumeur, sa fluctuation, et l'étude des commémoratifs, permettent d'arriver au diagnostic.

Le prolongement de la tumeur jusqu'à l'anneau inguinal et la

possibilité de trouver le testicule, qui en est bien distinct, au fond du scrotum, suffisent pour la distinguer d'avec une hydrocèle simple.

Son diagnostic avec une hydrocèle enkystée du cordon est parfois difficile ; mais l'hydrocèle du sac apparaît à une époque un peu avancée de la vie, elle a habituellement un volume assez considérable, et contient un liquide de couleur ambrée ou sombre ; l'autre apparaît généralement avant la puberté, est peu volumineuse ; le liquide est presque toujours incolore.

III. Varicocèle. — C'est une dilatation morbide des veines du cordon ; il est plus fréquent à gauche qu'à droite : : 17 : 8 (Landouzy, *du Varicocèle*, p. 24).

Symptômes. Quand il est un peu volumineux, le varicocèle occasionne une sensation de pesanteur dans le testicule, le long du cordon, et jusqu'aux reins. Le scrotum est allongé; son aspect est foncé. MM. Landouzy et Vidal ont souvent constaté l'augmentation de la sécrétion cutanée, surtout du côté affecté.

On trouve, sur le trajet du cordon, une tumeur irrégulière, pyramidale, pâteuse, sans élasticité, donnant la sensation d'un paquet de ficelle ou de vers de terre (Curling); d'intestins de poulet (Vidal). La tumeur diminue par le froid et la position horizontale ; elle augmente par la chaleur, la position verticale et la toux. Elle est plus volumineuse le soir que le matin au lever. Suivant MM. Curling et Landouzy, il y a un soulagement marqué après l'acte vénérien, soulagement suivi le lendemain d'une exacerbation violente. Les douleurs qu'entraîne cette affection varient d'ailleurs beaucoup, et ne sont pas en rapport avec le volume de la tumeur ; d'une indolence remarquable chez le vieillard et chez l'adulte, la douleur n'est guère notable que de 18 à 25 ans (Gosselin).

Diagnostic. On ne confondra pas le varicocèle avec une hernie

intestinale; du reste, en chauffant la tumeur, même dans la position horizontale, si elle appartient au varicocèle, on verra son volume augmenter, tandis que si c'est une hernie, on ne remarquera pas de changement.

On distinguera le varicocèle d'une hernie épiploïque de la manière suivante: le malade étant couché, on relève les bourses jusqu'à disparition de la tumeur; cela fait, on appuie doucement les doigts sur l'anneau inguinal et on fait lever le malade; dans le cas de varicocèle, la tumeur reparaît et de bas en haut; rien alors ne reparaîtra, si c'est une hernie épiploïque.

On a en outre la ressource des linges chauds; sous leur influence, le varicocèle augmente de volume, la hernie ne varie pas.

La transparence fera facilement distinguer le varicocèle d'une hydrocèle congénitale.

IV. Abcès par congestion. — Ils viennent rarement se faire jour par le canal inguinal; quand cela arrive, ils simulent, en se réduisant avec gargouillement, une hernie intestinale. Ils peuvent également simuler une hydrocèle congénitale; mais un examen attentif, le palper, le mauvais état de la constitution, feront éviter l'erreur.

V. Tumeurs graisseuses. — On a souvent rencontré, dans le scrotum, des masses graisseuses, tenant ou non au péritoine, qui, sortant par l'anneau inguinal, ont pu donner lieu à des erreurs et faire croire à une hernie épiploïque par leur mollesse, leur surface inégale, et leur réductibilité. Schulze (dans les *Actes des curieux de la nature*, t. I, p. 225) rapporte une erreur de ce genre.

Il n'existe aucun signe qui permette de l'éviter.

Tumeurs irréductibles.

Ces tumeurs peuvent être subdivisées en tumeurs liquides et tumeurs solides.

A. Liquides.

Nous avons déjà traité des tumeurs liquides, constituant les hydrocèles vaginale, enkystée du cordon, enkystée du testicule et de l'épididyme, hydrocèle du sac herniaire ; il nous reste l'hématocèle, l'œdème, les tumeurs urineuses, et les hydatides.

I. Hématocèle. — C'est une tumeur formée par un épanchement de sang dans la tunique vaginale ou dans un kyste voisin du testicule.

On peut diviser l'hématocèle en hématocèle:

1° Du testicule; elle est enkystée ou bien vaginale, et celle-ci peut être simple ou bien associée à l'hydrocèle;

2° Du cordon, elle est enkystée ou diffuse;

3° Des parois.

L'hématocèle pariétale, sur laquelle MM. Velpeau (*Leçons orales de clin. chirurg.*, t. II), Gosselin (*Archives gén. de méd.*, t. CXXVII), Béraud (*Archives gén. de méd.*, t. XXV), ont appelé l'attention, est loin d'être rare; je ne m'arrêterai qu'à l'hématocèle vaginale.

Hématocèles vaginales. M. Gosselin les divise en : *a.* hématocèle franche ou traumatique, qui est plus souvent pariétale que vaginale; *b.* hématocèle pseudo-membraneuse ou consécutive, décrite par Ernest Cloquet, sous le nom d'*hématocèle spontanée* (Thèses de Paris, 1846, n° 6). M. Gosselin pense que l'hématocèle non traumatique a pour première origine un travail pathogénique, qui a donné lieu à une fausse membrane qui tapisse surtout la portion pariétale de la tunique vaginale. Ce travail peut être de nature inflammatoire ; quoi qu'il en soit, la fausse membrane récente est pourvue de vaisseaux à parois très-délicates qui versent facilement le sang ; de sorte que ce liquide, plus ou moins modifié, ne serait pas la cause de la fausse membrane, comme le pense M. Velpeau, mais bien l'effet.

Symptômes. — Première variété. L'hématocèle débute brusquement à la suite d'un effort ou d'une contusion; on a une tumeur ovale, tendue, avec fluctuation obscure. Quand elle succède à un coup, il y a en même temps une infiltration du tissu cellulaire, il y a douleur légère et de la sensibilité à la pression.

Seconde variété. La tumeur augmente tout à coup de volume, en même temps qu'elle devient douloureuse; des phénomènes inflammatoires se développent ou mieux s'accroissent; la douleur peut devenir excessive et l'inflammation marcher vers la suppuration. D'autres fois la tumeur, plus ferme, plus tendue, reste stationnaire plusieurs années et ne gêne que par son volume.

Diagnostic. L'absence de transparence, l'obscurité de la fluctuation, le poids de la tumeur, les commémoratifs d'accident, distinguent facilement l'hématocèle de l'hydrocèle.

Les hématocèles anciennes, avec épaississement des parois, ne peuvent guère être distinguées des tumeurs solides du testicule que par la ponction exploratrice; toutefois il ne faut pas oublier que, dans l'hématocèle, le testicule reste sain, et que la pression, vers la partie moyenne et postérieure de la tumeur, révèle sa présence, en y développant une douleur caractéristique. En outre, on sent une résistance dure sur tous les points de la tumeur; tandis que dans les tumeurs solides, il y a toujours un endroit, particulièrement en avant, au niveau duquel on refoule une couche de liquide avant de rencontrer la résistance du testicule (Gosselin).

II. Œdème. — Je ne m'arrêterai pas à cette affection, dont le diagnostic est facile, et qui se présente avec les caractères de l'œdème des autres régions; la laxité du tissu cellulaire fait qu'il a ici un volume plus considérable.

III. Tumeurs urineuses. — Le diagnostic de ces maladies est rare-

ment difficile ; les antécédents et l'état local des parties mettent facilement sur la voie.

IV. Hydatides. — Elles ont été observées dans la peau du scrotum, le long du cordon spermatique, dans la tunique vaginale, et même dans le testicule. Les exemples en sont peu communs. Dupuytren n'en a observé que deux cas ; M. Velpeau avoue n'en avoir jamais rencontré.

Ces tumeurs offrent tous les caractères des hydrocèles ; le diagnostic est éclairé par une sensation particulière de frémissement.

B. Solides.

Lésions vitales.

I. Lipomes. — La tumeur lipomateuse est indolente, circonscrite, globuleuse ou oblongue, sans changement de couleur à la peau, molle, pâteuse, élastique, d'un toucher doux, que Boyer appelait spongieux ; elle adhère à la peau quand elle est devenue très-grosse.

Diagnostic. On peut confondre le lipome avec :

1° Un encéphaloïde (voir *Sarcocèle*) ;

2° Un abcès froid ; la ponction exploratrice lèvera les doutes ;

3° Une tumeur érectile ; mais l'existence de veines dilatées, noueuses, convergeant vers la base de la tumeur ; la possibilité de diminuer le volume par une pression uniforme, les changements produits par les efforts et les émotions, suffisent pour établir le diagnostic. Néanmoins il y a des cas douteux.

II. Spermatocèle. — C'est une tumeur formée par une accumulation du liquide séminal.

La facilité avec laquelle le sperme se résorbe explique la rareté de

pareilles tumeurs, même dans le cas d'oblitération des conduits séminifères.

III. Orchites. — Les affections aiguës qu'on a appelées orchites ne sont pas toutes des inflammations réelles; dans le plus grand nembre de cas, au contraire, ce sont de simples congestions, des engorgements, que Vidal compare à l'engorgement du sein appelé *poil*.

Division. L'orchite peut être aiguë ou chronique, idiopathique ou traumatique, primitive ou consécutive, c'est-à-dire blennorrhagique. On distingue encore l'épididymite, la vaginalite, l'orchite parenchymateuse ; on a même décrit une orchite varioleuse (*Mémoires de la Société de biologie,* 1852), rhumatismale (Bouisson, de Montpellier).

§ 1. *Orchites aiguës non blennorrhagiques.* — Sous l'influence de l'introduction d'un corps étranger dans le canal de l'urèthre, il peut se former une véritable orchite traumatique, qui acquiert rapidement son maximum d'intensité ; la tumeur devient alors rarement aussi rouge et aussi douloureuse que dans l'orchite blennorrhagique, rarement aussi il y a vaginalite ou accumulation de sérosité dans la tunique vaginale ; ce genre d'orchite se termine par résolution complète en six ou dix jours ; sa marche n'est pas aussi régulière que dans l'orchite blennorrhagique.

Des causes indirectes, marche forcée, station verticale prolongée, tous les efforts qui peuvent retentir dans l'aine, produisent quelquefois des orchites, d'ailleurs aussi bénignes que la précédente. M. Velpeau, qui a si bien décrit ces orchites (Dict. en 30 vol., nouv. éd., *Orchite*), explique la formation de celles qui surviennent sous l'influence des causes indirectes, par la disposition des muscles et des aponévroses de la région iliaque. « Si l'on suit avec soin les fibres du muscle droit de l'abdomen, dit-il, on voit effectivement que quelques-unes d'entre elles se détachent inférieurement de son

bord externe, en prenant le caractère fibreux, pour se diriger en dehors, passer en forme d'anse sous le canal déférent, et aller se terminer sur la lèvre interne de la crête iliaque. Ces fibres forment la moitié inférieure de l'ouverture abdominale du canal inguinal ; étant ainsi plus élevées par leurs extrémités que par leur milieu, le muscle droit ne peut pas se contracter, sans que leur partie concave se relève en se redressant, réagisse par conséquent de bas en haut contre le canal déférent, les vaisseaux, et tous les éléments constituants du cordon spermatique, qui se trouve par là comme pincé dans une espèce de boutonnière toutes les fois que l'homme se livre à des efforts violents. Je trouve donc tout naturel qu'un certain nombre d'orchites aiguës puissent être produites par de violentes actions musculaires. »

Toutes ces orchites diffèrent donc de la blennorrhagique non-seulement par leurs causes, leur marche, leur durée, mais encore par leurs caractères anatomiques, et surtout par leurs suites, presque constamment bénignes.

§ 2. *Orchites blennorrhagiques.* — 1° *Générale.* — C'est une des variétés les plus rares ; les douleurs sont intenses, la tumeur beaucoup plus volumineuse que dans les espèces que nous allons décrire ; la peau participe à la phlogose ; toute la partie forme une masse, un tout enflammé, dans lequel on ne peut plus rien distinguer.

Les symptômes généraux, on le conçoit, sont des plus alarmants : ainsi fièvre intense, hoquets, vomissements, syncopes, etc.

2° *Épididymite.*—Variété la plus commune et la plus importante.

Symptômes. — a. *Généraux.* Souvent il y a de la fièvre, et celle-ci est entièrement sous la dépendance de l'état local ; elle n'a lieu que dans la période d'accroissement, et seulement dans les cas où les symptômes locaux, dont elle suit les vicissitudes, offrent un certain degré d'intensité.

b. *Locaux.* La tumeur est constituée principalement par l'épididyme; elle se laisse déprimer, aplatir des deux côtés par les cuisses, quand elle n'est pas bien soutenue, et elle subit les modifications les plus rapides. Le canal déférent participe à l'engorgement et se présente le plus souvent sous la forme d'un cordon dur et résistant. La douleur, quoique vive, l'est beaucoup moins que dans les autres variétés; l'inflammation marche assez rapidement; dans l'espace de deux à trois jours, la masse, en diminuant un peu, se sépare en deux parties, dont l'une, antéro-inférieure, est le testicule, et l'autre, postéro-supérieure, est l'épididyme, qui couvre plus ou moins le premier. Le testicule est, en général, peu augmenté de volume, mais il perd cette molle rénitence qui le caractérise; le gonflement de l'épididyme est, par contre, très-considérable, puisqu'il peut égaler en volume le testicule. On peut quelquefois aussi sentir la fluctuation, indice de l'existence d'un liquide dans la tunique vaginale.

3° *Vaginalite.* — D'après Vidal, elle est caractérisée par une douleur vive et persistante, une tension marquée de la tumeur, l'absence de fluctuation et de transparence; la tumeur est lisse, égale, et plus ou moins globuleuse, proéminant beaucoup plus en avant que dans les autres variétés. Mais je la crois plus anatomique que clinique; voici comment s'exprime M. Ricord à ce sujet : « Dans quelques cas, par voisinage, par contiguïté, la tunique vaginale peut bien devenir le siége d'une véritable inflammation, et présenter alors tous les symptômes des inflammations séreuses, quant aux altérations du tissu et aux sécrétions morbides; mais, je le répète, c'est là une rare exception, car toujours ou presque toujours ce qui se passe du côté de la tunique vaginale est plutôt dû à un épanchement symptomatique de l'engorgement de l'épididyme, conséquence d'une gêne dans la circulation, qu'à une vaginalite » (*Journal de chirurgie*, mai 1843, page 167).

4° *Orchite parenchymateuse.* — M. Ricord, sans nier la possibi-

lité de l'extension de l'inflammation dans le corps testiculaire, nie l'orchite parenchymateuse comme principale maladie. « Lorsque l'inflammation gagne le testicule, dit-il, elle prend le caractère des inflammations avec étranglement; les douleurs deviennent plus intenses, compressives; le toucher est bien plus insupportable, et les phénomènes symptomatiques bien plus prononcés : fièvre, hoquet, vomissements, syncope, etc. Quelquefois il survient de la gêne dans l'émission des urines; le sperme est altéré, roussâtre, sanieux. Alors aussi on rencontre plus souvent l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire des bourses; le canal déférent et le tissu cellulaire du cordon sont aussi ordinairement engorgés; tandis que, lorsque l'épididyme seul est malade, ces parties, comme je l'ai déjà dit, peuvent ne présenter aucune altération appréciable au toucher. Lorsqu'il n'existe pas de sérosité dans la tunique vaginale, on peut s'assurer de l'état du testicule et de sa participation à la maladie. Quand le testicule est resté sain, on le trouve avec son volume normal, facile à comparer à celui du côté opposé, et surtout avec cette rénitence élastique, *sui generis*, qui le caractérise et le fait si bien distinguer de l'espèce de croissant formé par l'épididyme, et dans lequel il est enchâssé; mais, lorsque l'inflammation l'a atteint, malgré la résistance de son enveloppe fibreuse, il prend du volume, et, obéissant à la loi des tissus enflammés, il perd sa souplesse, son élasticité ; on dirait qu'il se coagule, et finit par se confondre, en durcissant, avec les parties voisines, dont on a souvent de la peine à le distinguer (*loc. cit.*).

Diagnostic différentiel de l'orchite aiguë. Il est ordinairement très-facile. L'absence de tension de l'abdomen, la concentration de la douleur, l'impossibilité de sentir le testicule avec son volume normal au-dessous de la tumeur, enfin la dureté plus grande, la douleur plus vive, la facile délimitation de la tumeur, à sa partie supérieure, la distingueront d'une hernie étranglée. Mais, si le testicule, retenu dans l'aine, venait à s'enflammer, le cas serait plus difficile,

car on a alors une tumeur à la région inguinale, tumeur qui s'accompagne de douleur dans le ventre, de nausées, vomissements, et quelquefois constipation ; mais l'absence du testicule dans le scrotum éveillera les doutes, et un purgatif les dissipera.

La marche aiguë de la maladie ne permettra pas de la confondre avec les affections chroniques.

L'orchite blennorrhagique diffère de l'orchite idiopathique aux caractères suivants : l'inflammation atteint d'abord le cordon, qui est tuméfié, sensible; l'épididyme est invariablement la partie affectée la première; la tuméfaction est plus rapide et acquiert un plus grand volume; sa marche est plus lente; la douleur et la réaction générale sont moins intenses; il reste souvent un gonflement et une induration de l'épididyme.

IV. Orchite chronique. — C'est une affection très-rare, quoi qu'en disent les Anglais. M. Gosselin, dans un article additionnel à sa traduction de l'ouvrage de M. Curling, M. Nélaton, dans une admirable leçon clinique du 21 janvier 1857, expliquent la divergence d'opinion entre les chirurgiens anglais et français, et je crois avec eux que plusieurs tumeurs syphilitiques ou tuberculeuses ont été mises sur le compte de l'orchite chronique idiopathique.

Symptômes. La maladie est ordinairement bornée à l'un des testicules; elle succède souvent à l'orchite aiguë, qui donne lieu à une infiltration plastique, différente de la matière tuberculeuse. « Cette matière infiltrée, dit M. Nélaton, dans sa leçon précitée, peut se résorber ; mais elle peut aussi persister un temps plus ou moins considérable, comme nous le voyons pour les engorgements chroniques de l'épididyme : c'est alors une orchite chronique. » L'affection peut débuter d'emblée, sous l'influence des mêmes causes que l'orchite aiguë ; l'épididyme s'indure, se gonfle; rarement c'est le testicule lui-même qui est primitivement attaqué. La partie attaquée est un peu plus sensible que l'autre, et elle n'est pas parfaitement uni-

forme. Cette inflammation chronique est sujette à des exacerbations pendant lesquelles la tumeur se gonfle et devient douloureuse.

Fongus bénin. — Quand cette orchite est mal traitée, ou que par suite des excès du malade, elle continue sa marche, il peut survenir un fongus bénin, c'est-à-dire que le scrotum s'enflamme, s'amincit, s'ulcère, et il s'en échappe une substance d'aspect fongueux ; bientôt, tout le parenchyme testiculaire faisant hernie, le fongus est établi. On a rarement observé ce fongus en France, et la plupart de nos contemporains en avaient à peine entendu parler à l'époque où M. Jarjavay a publié son intéressant mémoire en 1849 ; depuis je ne connais pas de nouvelle observation.

Diagnostic. On peut confondre l'orchite chronique :

1° Avec l'hypertrophie testiculaire ; mais l'hypertrophie est généralement double, sa consistance est invariable, uniforme, elle ne s'observe guère qu'à l'époque de la puberté et bien rarement dans notre pays.

2° Avec le testicule syphilitique; mais celui-ci est remarquable par son extraordinaire insensibilité, la disposition cupuliforme de la tumeur ; ajoutez les antécédents, la concomitance d'accidents syphilitiques, les exacerbations nocturnes dans la douleur.

3° Avec les affections malignes. L'absence d'engorgement du cordon spermatique, des vaisseaux et ganglions lymphatiques, l'absence des signes généraux qui caractérisent les cachexies cancéreuse et tuberculeuse, la marche lente et progressive de la maladie, mettront à l'abri de l'erreur,

4° Avec l'hématocèle. L'orchite forme une tumeur plus solide et moins élastique ; elle atteint rarement un volume aussi considérable; en outre, la tumeur est survenue lentement et non tout à coup.

Quant au diagnostic du fongus bénin d'avec l'affection fongoïde maligne, voici comment s'exprime M. Curling : « L'aspect granuleux

de la masse fongueuse, sa consistance, et l'absence d'hémorrhagie, indiquent manifestement la nature de la tumeur; en outre, par la pression, on a la douleur caractéristique du testicule comprimé. »

V. TESTICULE SYPHILITIQUE. — C'est surtout à A. Cooper et Dupuytren que l'on doit d'avoir appelé l'attention sur cette affection, que M. Ricord appelle *albuginite*.

Pour la rédaction de cet article, je puiserai dans les leçons de M. Ricord, publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, 1855, et dans les notes que j'ai prises aux cliniques si instructives et toujours si pleines d'intérêt de M. Nélaton.

L'affection se montre aux périodes secondaire et tertiaire, et bien que sa nature, dans ces deux cas, soit la même, elle n'en diffère pas moins dans sa marche et dans son aptitude à céder aux remèdes, suivant celle de ces périodes à laquelle elle apparaît (John Hamilton, de Dublin).

Quoique la maladie puisse se montrer quelque temps après l'infection générale, elle est capable aussi de se montrer beaucoup plus tard; M. Ricord admet même qu'elle peut être la suite d'une syphilis héréditaire, qui ne se développerait qu'à l'époque de la puberté, où les testicules éprouvent un surcroît d'activité, et sortent, pour ainsi dire, de leur somnolence. Ce sarcocèle n'affecte ordinairement qu'un seul côté, cependant il n'est pas rare de le voir envahir simultanément ou successivement les deux testicules; ordinairement il n'y a pas de symptômes prodromiques locaux. Quelquefois il existe, dans la région des reins, une sensation de pression douloureuse; il semble qu'on enfonce un instrument piquant dans les chairs. Le mal confirmé, le testicule perd son exquise sensibilité. C'est par le testicule que l'affection débute ordinairement; on commence par sentir quelques petits nodules d'induration, ces points s'étendent de propre en proche, et, chez beaucoup de malades, cette induration se fait par zones, par cercles. Le plus souvent, le canal déférent et l'épididyme restent intacts, ce qu'il importe beaucoup de remarquer;

et pendant longtemps on distingue très-bien le corps du testicule, qui va durcissant, en conservant son volume normal, ou s'hypertrophiant ou même s'atrophiant. Le fait le plus remarquable, c'est la lenteur de sa marche et son indolence parfaite.

Les caractères que M. Nélaton assigne au sarcocèle syphilitique sont un peu différents de ceux que je viens de développer; ainsi dans sa leçon du 23 mai 1856, et dans bien d'autres circonstances, il a attiré l'attention de son nombreux auditoire sur une disposition particulière qu'affecte souvent la tumeur : c'est une disposition cupuliforme, un œuf dans le coquetier : un gland de chêne dans sa cupule, et c'est l'épididyme qui forme la cupule. Cet aspect de la tumeur, joint à une remarquable insensibilité, a suffi à M. Nélaton pour diagnostiquer un testicule syphilitique, malgré l'obstination du malade, sujet de la leçon, à nier tout antécédent vénérien; le traitement a vérifié pleinement le diagnostic.

Outre cette disposition de la tumeur que nous venons de rappeler, il faut noter un peu d'épanchement vaginal, la surface inégale de la tunique albuginée, qui est comme sablée, comme recouverte de demi-grains de blé.

Diagnostic différentiel. La tumeur avec laquelle on peut le plus facilement confondre le testicule vénérien, c'est la tumeur squirrheuse; on conçoit de quelle gravité serait ici l'erreur. Nous donnerons, à l'article *Squirrhe*, les caractères distinctifs des deux affections.

VI. Hypertrophie du testicule. — On l'observe très-rarement en France, mais on la voit assez souvent en Amérique. Larrey en rapporte deux exemples; M. Velpeau dit en avoir vu une vingtaine de cas, la plupart sur des Américains; A. Bérard avoue n'avoir jamais observé d'hypertrophie simple, et il ne croit pas à son existence. M. Nélaton, après avoir fait des recherches à ce sujet, dit : « J'ai reconnu que cette affection ne s'observe presque jamais en France; elle est, au contraire, très-commune dans l'autre hémisphère, et sur-

tout dans l'Amérique du Sud. En feuilletant les recueils périodiques, on rencontre au moins 15 cas dans ce dernier pays contre 1 seulement en Europe. » (*Gaz. des hôp.*, 1857.)

La maladie apparaît à la puberté ; elle atteint ordinairement les deux glandes, qui conservent leur forme, leur souplesse, leur élasticité, leur sensibilité spéciale, leur consistance invariablement uniforme.

Le diagnostic différentiel est fait à propos des autres tumeurs.

Lésions organiques.

Je ne ferai que mentionner les dégénérescences fibreuses, cartilagineuses, osseuses, et les corps étrangers, pour arriver de suite à des sujets d'une importance majeure.

I. Maladie kystique ou *sarcome kystique*. — C'est une tumeur du testicule constituée par des kystes composés ou prolifères (Curling).

Ces kystes sont variables par le nombre, le volume, et par la nature de leur contenu.

A. Cooper supposait qu'ils étaient formés par la dilatation des tubes séminifères oblitérés; Curling admet qu'ils ont pour siége les conduits du corps d'Highmore ; M. Robin établit que les kystes ont leur point de départ dans l'épididyme, comme les productions encéphaloïdes.

La maladie kystique se montre sous deux formes : maligne et bénigne ; la première est la plus rare, et alors le microscope révèle la présence des cellules cancéreuses.

Dans son Anatomie pathologique, M. Cruveilhier a décrit et figuré un type d'affection kystique avec enchondrome.

Symptômes. La maladie se développe lentement et sans douleur. Au bout de plusieurs mois, on a une tumeur ovale, élastique, à peine

douloureuse, à surface lisse, parfois irrégulière; quelquefois on sent une petite couche de liquide dans la tunique vaginale. Quand la tumeur a pris plus de développement, elle gêne seulement par sa masse. L'affection survient dans la période moyenne de la vie.

Diagnostic. Sa forme ovale et non piriforme, sa pesanteur plus grande, sa fluctuation moins distincte, l'absence de la douleur spéciale qu'on détermine en comprimant la partie qu'occupe habituellement le testicule dans l'hydrocèle, la distinguent facilement de celle-ci ; ajoutez l'absence de transparence.

Comment la distinguer de l'hématocèle? Dans les deux cas, la tumeur paraît solide ; elle est pesante, opaque, et moins manifestement fluctuante que dans l'hydrocèle ; mais, dans la maladie kystique, il y a absence de douleur à la pression sur la partie postérieure de la tumeur.

Quant au diagnostic avec le cancer encéphaloïde, c'est plus difficile ; il faut consulter les commémoratifs, la marche de la tumeur, l'état du cordon, l'état des ganglions lombaires, enfin l'état général. Le cancer est moins lisse, il fait des progrès plus rapides.

Par la ponction exploratrice, il y aura issue de sérosité ou de sang, dans le cas d'hydrocèle et d'hématocèle, avec affaissement de la tumeur. Dans la maladie kystique, il sortira une petite quantité de sérosité teinte de sang ; enfin dans l'encéphaloïde, il s'échappera une certaine quantité de sang rutilant sans affaissement de la tumeur.

Sans doute, le diagnostic de la maladie kystique est des plus difficiles; néanmoins, grâce à la ponction exploratrice, M. Nélaton a pu plusieurs fois porter son diagnostic, que les pièces anatomiques confirmaient ensuite. On peut lire une observation intéressante sur ce sujet, rapportée par M. Trélat dans les *Arch. gén. de méd.* de 1854.

II. DÉGÉNÉRESCENCE TUBERCULEUSE.— *Symptômes.* On peut diviser l'affection en trois périodes : d'indolence ou de tubercules crus, d'inflammation ou de ramollissement, enfin période d'élimination.

1re *période*. Début insidieux, marche lente, dépassant souvent plusieurs années ; il y a plutôt de la pesanteur et de l'engourdissement que de la douleur ; la pression y développe bien peu de sensibilité. La tumeur est ordinairement inégale, bosselée, sans changement de couleur à la peau. Le scrotum glisse librement sur elle ; quelquefois le cordon participe à la maladie, alors il est dur, épaissi, noueux.

2e *période*. Des mois, des années, s'écoulent, et les choses restent dans cet état ; mais, si la maladie n'est pas entravée, il arrive un moment (c'est rare avant la puberté) où les tubercules se ramollissent et se convertissent en une sorte d'abcès. Cette période s'annonce par la douleur, le gonflement insoluble d'une ou de plusieurs des bosselures préexistantes ; bientôt la peau rougit, les tissus sous-jacents s'empâtent, et l'on a, dans une ou plusieurs des bosselures tnberculeuses, tous les caractères de l'orchite aiguë. Bientôt la fluctuation se manifeste ; un abcès est formé.

3e *période*. Que l'on ouvre artificiellement l'abcès, ou que l'on attende l'ouverture spontanée, il n'en existe pas moins une ouverture qui devient fistuleuse, et entre la partie du testicule qui a donné lieu à l'abcès et l'ouverture externe, existe un petit cordon, indice du trajet fistuleux.

Diagnostic. L'affection tuberculeuse diffère de l'orchite chronique, en ce qu'elle est plus indolente, marche plus lentement, et s'accompagne de moins de gêne ; d'autre part, elle forme une tumeur plus irrégulière, moins volumineuse ; enfin, si l'épididyme se prend, c'est la tête qui est principalement affectée, tandis que c'est la queue dans l'orchite.

On distingue le testicule tuberculeux du cancéreux, en se basant sur le volume moindre de la tumeur, ses bosselures et son induration plus grande, ainsi que sur la marche plus lente de la maladie.

Les caractères généraux de la constitution seront parfois d'un grand secours.

L'affection des deux testicules exclue l'idée de cancer.

III. SQUIRRHE. — *Symptômes.* L'organe est irrégulier, bosselé, et excessivement dur. La douleur est intense et s'irradie jusque dans les lombes. La tumeur n'acquiert jamais un grand volume; l'ulcération a rarement lieu; la marche de la maladie est lente; du reste, c'est une dégénérescence rare, et les malades succombent à un état cachectique, à la cachexie cancéreuse, se révélant par des engorgements de la région inguinale et lombaire, et quelquefois d'autres régions.

Diagnostic différentiel. Il est de la plus grande importance de bien distinguer un testicule squirrheux d'un testicule syphilitique.

Dans la première période du squirrhe, c'est quelquefois difficile: alors il faut recourir aux antécédents, et, dans le cas de doute, à l'iodure de potassium. A une période plus avancée de la maladie, la disposition cupuliforme de la tumeur, ses douleurs nocturnes, sa remarquable insensibilité à la pression, établiront suffisamment l'affection syphilitique; en outre, dans cette dernière, le cordon reste sein et l'affection peut envahir les deux glandes.

IV. ENCÉPHALOÏDE. — La plus fréquente des affections malignes des testicules.

Symptômes. Le volume de l'organe est augmenté et peut devenir considérable.

La forme ovale, malgré l'induration, est conservée, et la surface reste d'abord lisse.

On remarque une sensibilité légère et quelquefois un petit épanchement vaginal.

La marche est très-irrégulière. Il arrive que la tumeur fait peu

de progrès en plusieurs mois; d'autres fois, au contraire, elle s'accroît très-rapidement. Le testicule, devenu bosselé, finit par se ramollir, mais non uniformément. La douleur augmente, mais c'est surtout une sensation de tiraillement s'étendant aux lombes. Le cordon ne tarde pas à être envahi; les veines du scrotum, qui reste longtemps intact, prennent l'apparence variqueuse; à cette période, les ganglions sont envahis, et le membre inférieur du côté malade devient œdémateux (Curling). Alors apparaissent les troubles généraux. Bientôt le scrotum contracte des adhérences sur un ou plusieurs points de la tumeur; il s'ulcère, et la tumeur fongueuse, propre à l'encéphaloïde ulcéré, s'établit. Le malade succombe à la diathèse ou à l'épuisement causé par les hémorrhagies auxquelles donne lieu l'ulcération.

Diagnostic. On peut confondre l'encéphaloïde avec le lipome, l'hydrocèle, l'hématocèle, la maladie kystique, et, dans sa première période, avec l'orchite chronique.

Outre les caractères tirés de la consistance de la marche du lipome, par la ponction exploratrice, il ne sort rien ou seulement quelques gouttes de sang dans le lipome, et on ne peut pas imprimer de mouvement de circumduction à l'instrument; ce mouvement est possible dans l'encéphaloïde, et vous obtenez du sang rutilant sans affaissement de la tumeur.

L'hydrocèle (voir *Hydrocèle*) se dévelope de bas en haut; elle est transparente, lisse, sans changement de couleur à la peau; la fluctuation est uniforme.

Il peut néanmoins se trouver des cas où l'habileté des praticiens, même expérimentés, est à l'épreuve. Au mois d'octobre de cette année, je fus témoin d'une méprise de la part d'un chirurgien du Bureau central, remplaçant en ce moment un professeur de clinique. Le malade qui en fut l'objet portait une tumeur très-volumineuse; la peau du scrotum, confondue avec cette tumeur, était d'un rouge-brun. Vers la racine des bourses, on constatait un point fluctuant;

on diagnostiqua un encéphaloïde sur le point de s'ulcérer. Mais le cas me paraissait embarrassant, et je n'étais pas satisfait; car j'avais appris du malade, que j'avais interrogé avant la visite, qu'il avait été opéré, quelque temps auparavant, d'une hydrocèle, et les ganglions, qui devaient être pris, à cette période, de l'affection cancéreuse, étaient intacts. Je me demandais s'il ne s'agissait pas là d'une hydrocèle suppurée. Je fis part de mes doutes au chirurgien, qui fit une ponction exploratrice, avec la pointe d'un bistouri, dans le point fluctuant; il en jaillit un liquide séro-purulent très-abondant. On fendit alors le scrotum; comme l'inflammation s'était étendue au tissu cellulaire et au scrotum lui-même, il y avait un épaississement très-considérable. Une dizaine de jours après, je revis le malade; l'énorme engorgement avait disparu, et la guérison était presque complète.

Les commémoratifs, dans ces cas, mettent à l'abri de l'erreur.

Le diagnostic du cancer avec l'hématocèle peut offrir quelques difficultés (voy. *Hématocèle*).

Il est ordinairement presque impossible de distinguer la dégénérescence kystique de l'encéphaloïde, si ce n'est à une époque très-avancée : en effet, les progrès plus rapides et plus irréguliers de la tumeur maligne, sa surface moins lisse, sa consistance moins uniforme, sont des caractères d'une appréciation quelquefois difficile; mais, en pratique, c'est peu important.

Il importe bien autrement de reconnaître l'orchite chronique; le traitement antiphlogistique sera la pierre de touche.

V. Mélanose. — Affection très-rare : je ne m'y arrêterai pas.

N. B. On a vu, dans quelques cas rares, le cancer débuter par la tunique vaginale, le parenchyme testiculaire restant intact (Curling); son diagnostic est extrêmement difficile. Toutefois il faut faire attention alors que la glande forme une tumeur surajoutée à la masse cancéreuse, et qu'elle conserve sa sensibilité spéciale.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Donner les lois du mouvement uniforme et du mouvement uniformément accéléré, en prenant pour exemple la chute des corps.

Chimie. — Des oxydes d'or.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dont la magnésie et le carbonate de magnésie sont la base ; décrire ces préparations.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des papavéracées.

Anatomie. — De la structure des glandes salivaires.

Physiologie. — De la distinction entre les nerfs du sentiment et les nerfs du mouvement ; est-elle fondée ?

Pathologie interne. — Des asphyxies que les malades peuvent éprouver dans le cours des maladies.

Pathologie externe. — Des étranglements de l'intestin dans la cavité abdominale.

Pathologie générale. — Des modifications d'aspect et de composition que l'inflammation détermine dans le sang.

Anatomie pathologique. — Des rétrécissements du canal alimentaire.

Accouchements. — Du renversement de l'utérus.

Thérapeutique. — De la composition des principales eaux minérales acidules gazeuses.

Médecine opératoire. — Des opérations que réclament les rétrécissements et les oblitérations du gros intestin.

Médecine légale. — Des vices de conformation, autres que ceux appelés hermaphrodismes, qui peuvent rendre difficile et même impossible la détermination du sexe.

Hygiène. — Des dispositions héréditaires à la phthisie tuberculeuse et du régime qu'elles exigent.

Vu, bon à imprimer.

VELPEAU, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.